

ការប្រែប្រួលការពិតដើម្បីបន្ថែមកូននៅក្រោមអាយុ 16 ឆ្នាំ

(ការដាក់ពាក្យ និងសំណើបន្ថែម សម្រាប់ Cash Aid និង/ឬ CalFresh)

ការណែនាំ

បំពេញទម្រង់នេះសម្រាប់កូនថ្មីនៅក្នុងផ្ទះ និងចុះហត្ថលេខាផ្នែកបញ្ជាក់។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការកន្លែងបន្ថែម សូមភ្ជាប់ក្រដាសទំព័រមួយទៀត។ ប្រើទម្រង់មួយសម្រាប់កូននីមួយៗ។

ប្រសិនបើអ្នកទទួលបាន Cash Aid ហើយអ្នកចង់បានជំនួយសម្រាប់កូនថ្មី ទម្រង់នេះត្រូវតែបំពេញដោយឡែកម្តង។ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសារនៃរដ្ឋ California ឬប្រាក់សន្តានដែលជាអ្នកថែទាំមនុស្សពេញវ័យ។

សម្រាប់គ្រួសារ CalFresh ដែលមិនទទួលបាន ឬចង់បាន Cash Aid ទម្រង់នេះត្រូវតែបំពេញដោយសមាជិកគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ ឬអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត។

កូនដែលត្រូវបានជំនួយដោយសារតែ របស់ឪពុកម្តាយ (✓) ខាងក្រោម

1. ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយ ឬប្រាក់សន្តានដែលជាអ្នកថែទាំ ទូរស័ព្ទ ()

2. សូមជ្រើសរើសនូវការពិតទាំងអស់សម្រាប់កូននេះ។ ឈ្មោះរបស់កូន (នាមខ្លួន, ឈ្មោះកណ្តាល, នាមត្រកូល)

លេខសុវត្ថិភាពសង្គម ភេទ (M/F) ឈ្មោះរបស់ឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត

ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង/រដ្ឋ/ប្រទេស) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ, ថ្ងៃ, ឆ្នាំ) ឯកជនភ្នាក់ងារ ឬពិការ (បាទ/ចាស ទេ)

ប្រភេទជំនួយដែលស្នើសុំ (Cash Aid/CalFresh) ស្ថានភាព សញ្ជាតិ/មិនសញ្ជាតិ (សញ្ជាតិ/ជនជាតិអាមេរិក មិនសញ្ជាតិ: បានធានា បាទ/ចាស ទេ)

ទំនាក់ទំនងនឹងបេក្ខជន ឬប្រាក់សន្តានដែលជាអ្នកថែទាំកូន។ ប្រសិនបើកូនអាយុក្រោម 6 ឆ្នាំ តើការចាក់ថ្នាំបង្ការទាន់ពេលវេលាដែរឬទេ? (បាទ/ចាស ទេ មិនអាយុក្រោម 6 ឆ្នាំទេ)

3. តើកូននោះជាកូនចិញ្ចឹមឬ? A. តើកូននោះត្រូវបានដាក់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកនៅក្រោមបញ្ជាពីតុលាការឬ? B. តើអ្នកចង់បានកូនចិញ្ចឹមនិងប្រាក់ចំណូលការថែទាំការចិញ្ចឹមរបស់រដ្ឋ CalFresh ឬទេ? C. តើកូននោះត្រូវបានចុះឈ្មោះនៅក្នុងគម្រោងថែទាំសុខភាពឬទេ?

4. តើកូននោះបានទទួលជំនួយលុយសុទ្ធ ឬ CalFresh ខែនេះដែរឬទេ? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" បំពេញខាងក្រោម:

ប្រភេទជំនួយ (Cash Aid/CalFresh) ទីកន្លែង (County, រដ្ឋ)

5. តើកូននោះទទួល ឬត្រូវបានប្រាក់ចំណូលណា ដូចជា: ប្រាក់ចំណូល ប្រាក់ចំណូលសុវត្ថិភាពបំពេញបន្ថែម/ការបង់បំពេញបន្ថែមរបស់រដ្ឋ (SSI/SSP) អត្ថប្រយោជន៍សុវត្ថិភាពសង្គម ការចិញ្ចឹមកូន ការបង់ថ្លៃ ការចិញ្ចឹម អត្ថប្រយោជន៍អតីតទាហាន ។ល។ បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" បំពេញខាងក្រោម:

ប្រភេទប្រាក់ចំណូល ចំនួន (មុនពេលកាត់ផ្សេងៗ ប្រសិនបើមាន) ពេលវេលា ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា

តើប្រាក់ចំណូលនេះនឹងបន្តឬទេ? (បាទ/ចាស ទេ បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" សូមពន្យល់ការផ្លាស់ប្តូរដែលស្គាល់នាម:

6. A. តើកូននោះមានផ្ទៃពោះ ឬជាឪពុកម្តាយជំទង់? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស", សូមគូស (✓) ស្ថានភាព: មានផ្ទៃពោះ ឪពុកម្តាយជំទង់

ស្ថានភាពសាលារៀន សូមគូស (✓) មានសញ្ញាបត្រវិទ្យាល័យ មាន GED មិនចូលសាលា (ពន្យល់): បច្ចុប្បន្នចូលសាលា ផ្សេងៗ (ពន្យល់):

B. តើកូននោះបានទទួលលុយបន្ថែម ឬទណ្ឌកម្ម ឬការជួយជាមួយការថែទាំកូន ការដឹកជញ្ជូន ។ល។ ពីកម្មវិធី Cal-Learn Program? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" បំពេញខាងក្រោម:

ទីកន្លែង (COUNTY) ថ្ងៃទទួល

7. តើឪពុកម្តាយរបស់កូននេះធ្លាប់នៅក្នុងទាហានសហរដ្ឋអាមេរិកឬទេ? បើឆ្លើយ "បាទ/ចាស" បំពេញខាងក្រោម:

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឪពុកម្តាយជាសញ្ជាតិអាមេរិក សាខានៃសេវាកម្ម កាលបរិច្ឆេទនៃសេវាកម្ម ការឲ្យចេញដោយកិត្តិយស

8. សូមបំពេញខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកចង់បាន CalFresh សម្រាប់កូននេះ ហើយកូននេះមិនមែនជា សញ្ជាតិអាមេរិកទេ។

A. តើកូននេះ និង/ឬ ឪពុកម្តាយរបស់គាត់បានរស់នៅសរុបប៉ុន្មានឆ្នាំនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?

B. ពេលរស់នៅក្នុងអាមេរិក តើកូននេះ និង/ឬ ឪពុកម្តាយរបស់កូន រកលុយបានដោយធ្វើការប៉ុន្មានឆ្នាំនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក?

C. ពេលរស់នៅក្រៅអាមេរិក តើកូននេះ និង/ឬ ឪពុកម្តាយរបស់កូន រកលុយបានដោយធ្វើការសរុបប៉ុន្មានឆ្នាំនៅក្នុងសហរដ្ឋអាមេរិក ឬសម្រាប់ក្រុមហ៊ុនអាមេរិក?

COUNTY USE ONLY

CASE NAME, CASE NUMBER, WORKER NAME AND NUMBER, DATE RECEIVED

AU Non-AU MFG Child CF Non-HH Excl. Member Code: Yes/No

Work Registration/Exemption Codes: WtW: CF:

VERIF: Blind/Deaf/Disabled SSN Citizen SAVE Eligible Noncitizen Immun.

Alien Reg. No. D.O.E.

3A. Request dependency order 3B. CA and FC Elig/CR Chooses: Child: CA FC CR: CA None Kin-GAP 3C. Medi-Cal Fee for Service

Verification provided

Verification provided FC Income Counted on CF Case YES NO CA Eligible for Higher MAP

Income (Unearned/Earned) CA CF (if exempt)

Verified: Referred to Cal-Learn Program CW 25 QR 25A

CW 5 Date Initiated YES NO

CF: Honorable Discharge YES NO

9. តើកូននោះកាន់កាប់ទ្រព្យសម្បត្តិណា ឬមានធនធាន ដូចជា: លុយសុទ្ធ ជីវិត គណនីធានា ប្រាក់ធ្វើទុក ប័ណ្ណសារសន្សំ ជនជាតិអាមេរិកាំងដើម ការបង់សម្រាប់បុគ្គលម្នាក់ៗ ឬប្រាក់ធ្វើទុក ឬអ្វីផ្សេងៗទៀត?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	COUNTY USE ONLY
ប្រភេទធនធាន: _____ លេខគណនី/ប័ណ្ណធានា: _____ ឈ្មោះ អាសយដ្ឋានរបស់ធានាគារ ។ល។: _____ តម្លៃបច្ចុប្បន្ន: \$ _____	<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> (✓) Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> CF		
10. តើកូននោះមាន Medicare ឬការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដូចជា Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS ។ល។ ដែលត្រូវបានបង់ឲ្យដោយឪពុកម្តាយ ឬនិយោជករបស់ឪពុកម្តាយឬទេ? ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" សូមរាយការណ៍គ្រប់ជំនួញធានារ៉ាប់រង:	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code: _____
11. ប្រសិនបើកូននោះត្រូវបានចោទប្រកាន់ ក្នុងនាមជាមនុស្សពេញវ័យជាមួយនឹងបទឧក្រិដ្ឋ តើកូននោះកំពុងលាក់ខ្លួន ឬរត់គេចពីច្បាប់ ដើម្បីជៀសវាងពីការកាត់ទោស ការត្រួតពិនិត្យឬការទៅដាក់គុក សម្រាប់បទឧក្រិដ្ឋនោះ ឬបទឧក្រិដ្ឋដែលប៉ះប៉ង?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
12. តើកូននោះត្រូវបានរកឃើញដោយគុណការច្បាប់ពីការរំលោភលើការព្យួរទោសមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញ ឬការដោះលែងមានលក្ខណៈស្មុគស្មាញ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
13. A. ប្រសិនបើអ្នកអាចទទួលបានជំនួយលុយសុទ្ធ សមាជិកដែលមានសិទ្ធិរបស់គ្រួសារអ្នកនៅក្រោមអាយុ 21 ឆ្នាំ អាចមានសិទ្ធិទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពល្អតាមរយៈកម្មវិធីសុខភាពកុមារ និងការពារពិការភាព (Child Health and Disability Prevention Program (CHDP))។	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given <input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date: _____ <input type="checkbox"/> Referred for Immunization <input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred: _____
• តើអ្នកចង់បានការពិនិត្យមេរោគអ៊ីតស៊ីសេស ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ CHDP ដែរឬទេ? • តើអ្នកចង់បានសេវាពេទ្យ ឬ ធុញ CHDP ដែលគិតថ្លៃដែរឬទេ? • តើអ្នកត្រូវការជួយដាក់ការណាត់ជួប ឬទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិត ឬទទួលបានឲ្យទេ?.....			
B. តើអ្នកចង់បានការពិនិត្យមេរោគអ៊ីតស៊ីសេស ឬ អ្នកប្រើប្រាស់ CHDP ដែរឬទេ?			
C. តើអ្នកចង់បានការពិនិត្យមេរោគអ៊ីតស៊ីសេស ការប្រើក្បាដាតិស្រា/ថ្នាំ ការបំណាយខាងពេទ្យ ពីអតីតកាល និងតម្រូវការពិសេសផ្សេងទៀតដែរឬទេ?.....			
D. តើនរណាម្នាក់ដែលមានផ្ទៃពោះត្រូវការស្វែងរកវេជ្ជបណ្ឌិត ទទួលបានការដឹកជញ្ជូនខាងពេទ្យ និង/ឬការជួយផ្សេងទៀតដែរឬទេ? ...			
E. តើនរណាម្នាក់កំពុងបំបៅដោះកូនដែរឬទេ?			
ប្រសិនបើ "បាទ/ចាស" តើការពិនិត្យក្នុងរយៈពេល 12 ខែចុងក្រោយមែនទេ?.....			
F. តើអ្នកចង់ទទួលបានការពិនិត្យ ឬសេវាពិគ្រោះយោបល់គ្រួសារ (Family Planning Clinic) ដើម្បីជួយអ្នក ធ្វើគម្រោងទំហំគ្រួសាររបស់អ្នក និងការពារមានផ្ទៃពោះដែលមិនបានគ្រោងទុក?			

ការបញ្ជាក់

ខ្ញុំយល់ថា:

- ប្រសិនបើខ្ញុំផ្តល់ឲ្យនូវការពិនិត្យ ឬប្រព័ន្ធមិនបានរាយការណ៍ពីការពិត ឬស្ថានភាពទាំងអស់ដោយប្រគល់ ដែលប៉ះពាល់ដល់ភាពមានសិទ្ធិទទួលបាននិងការបង់ជំនួយ ខ្ញុំអាចត្រូវបានពិន័យ ដាក់គុក/ ឃុំខ្លួន ឬទាំងពីរ។ ខ្ញុំអាចត្រូវបានពិន័យរហូតដល់ \$10,000 សម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធ និង \$250,000 សម្រាប់ CalFresh។ ខ្ញុំអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅគុក/ពន្ធនាគាររហូតដល់ 3 ឆ្នាំសម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធនិង 20 ឆ្នាំសម្រាប់ CalFresh។ ហើយអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធ ហើយ CalFresh អាចត្រូវបានបញ្ឈប់សម្រាប់រយៈពេល 6 ខែ 12 ខែ 2 ឆ្នាំ 4 ឆ្នាំ 5 ឆ្នាំ 10 ឆ្នាំ 20 ឆ្នាំ ឬជាទៀងរហូត ហើយសម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធជនភៀសខ្លួន (Refugee Cash Assistance) 3 ខែ និង 6 ខែ។
- សំណុំរឿងរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវបានជ្រើសរើសសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យ ដើម្បីបង្ហាញពីភាពមានសិទ្ធិ ហើយខ្ញុំត្រូវតែសហការពេញលេញជាមួយនិងបុគ្គលិក county រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ នៅក្នុងការត្រួតពិនិត្យការគ្រប់គ្រងគុណភាពធានា។
- ការពិតដែលខ្ញុំផ្តល់ឲ្យនឹងត្រូវបានពិនិត្យមើលដោយបុគ្គលិកតំបន់ រដ្ឋ និងសហព័ន្ធ។
- ខោនធីនិងធ្វើការពិត ទៅសេវាសញ្ជាតិ និងអន្តោប្រវេសន៍ សហរដ្ឋអាមេរិក (U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS)) សម្រាប់ភស្តុតាងនៃស្ថានភាពអន្តោប្រវេសន៍។
- ការពិតដែល ខោនធីទទួលបានពី USCIS អាចប៉ះពាល់ភាពមានសិទ្ធិសម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធនិង CalFresh។
- ការពិតដែលខ្ញុំនឹងត្រូវផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយពន្ធ សុខុមាលភាព ភ្នាក់ងារការងារ មណ្ឌលសាលា និងរដ្ឋបាលសុវត្ថិភាពសង្គម ដើម្បីបង្ហាញពីភាពមានសិទ្ធិរបស់កូននោះសម្រាប់ជំនួយលុយសុទ្ធនិង/ឬ CalFresh និងដើម្បីបង្ហាញថាខ្ញុំកំពុងទទួលបានចំនួនត្រឹមត្រូវនៃជំនួយលុយសុទ្ធ ឬ CalFresh។ ហើយលេខសុវត្ថិភាពសង្គមនឹងត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយឯកសារទីភ្នាក់ងារអនុវត្តច្បាប់សម្រាប់ដីការ ឃាត់ខ្លួន។

ខ្ញុំប្រកាសថា នៅក្រោមការដាក់ពិន័យការការពារកុហក នៅក្រោមច្បាប់សហរដ្ឋអាមេរិក និងរដ្ឋ California ដែលព័ត៌មាន មាននៅលើការច្នៃបញ្ជាក់ពីការពិត គឺពិត និងត្រឹមត្រូវ ហើយគ្រប់គ្រាន់ទាំងស្រុង។

អ្នកណាត្រូវបានបញ្ជូនខាងក្រោមនេះ: **សម្រាប់ Cash Aid, អ្នក និងថ្មី/ប្រពន្ធដែលត្រូវបានជួយរបស់អ្នក ដៃគូក្នុងគ្រួសារដែលបានចុះឈ្មោះ ឬឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត (របស់កូនដែលជួយដោយ លុយសុទ្ធ) ប្រសិនបើសំនេរក្នុងផ្ទះ។**
សម្រាប់ CalFresh, សមាជិកគ្រួសារមនុស្សពេញវ័យ ឬអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាតម្នាក់។

ហត្ថលេខារបស់ពួកគេដែលជាអ្នកថែទាំ និង/ឬសមាជិកគ្រួសារ CALFRESH ដែលជាមនុស្សពេញវ័យ ឬអ្នកតំណាងដែលបានអនុញ្ញាត។	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខារបស់ថ្មី/ប្រពន្ធដែលត្រូវការជំនួយលុយសុទ្ធ ឬដៃគូក្នុងគ្រួសារ ឬឪពុកម្តាយផ្សេងទៀត (របស់កូនដែលជួយដោយលុយសុទ្ធ) ប្រសិនបើសំនេរក្នុងផ្ទះ	កាលបរិច្ឆេទ
ហត្ថលេខាសាក្សីសម្រាប់ Mark, អ្នកបកប្រែ ឬមនុស្សផ្សេងទៀតដែលបំពេញទម្រង់	កាលបរិច្ឆេទ

COUNTY USE ONLY

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)	Eligibility Conditions Met - Date: _____			Authorization Date: _____	Effective Date of Aid: _____	IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (CW 101 / TEMP CW 101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Signature of County Worker _____			Date _____	Signature of Supervisor _____	Date _____